# TITRES

ET

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

**Docteur Henri LORIN**

PROSECTEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1920



# TITRES

ET

# TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Docteur Henri LORIN
Prosecteur a la Faculté de Médecine de Paris



PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
Louis ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE
—
1920

A Monsieur le Professeur Broca,
très respectueux hommage.
Henri Lorin

## PREMIÈRE PARTIE

## TITRES ET FONCTIONS

### TITRES

Interne des Hôpitaux de Paris, 1909.
Aide d'Anatomie provisoire, 1911.
Aide d'Anatomie à la Faculté, 1912.
Prosecteur à la Faculté de Médecine de Paris, 1919.

### RÉCOMPENSES

Lauréat de la Faculté. Médaille d'argent.
Médaille de bronze des épidémies.

### FONCTION

Assistant de la Consultation de Chirurgie de l'hôpital Broussais.

## ENSEIGNEMENT

Comme aide d'anatomie et prosecteur, j'ai à l'amphithéâtre d'anatomie des Hôpitaux, puis à la Faculté, enseigné l'anatomie et la médecine opératoire pendant 7 années consécutives.

Dans le service de mon Maître, M. le Professeur Legueu, je fus chargé par lui de faire une leçon sur l'examen clinique en gynécologie.

Pendant la guerre, je fus nommé professeur titulaire au Cours de perfectionnement des Etudiants en médecine de la IIIe Armée (1917-1918).

En dehors de l'enseignement de toute l'anatomie, je fus chargé par mon Maître, M. le Docteur Lardennois, chirurgien consultant de la IIIe Armée, de faire les leçons suivantes sur la pathologie :

Les luxations de l'épaule.

Les luxations du coude.

Les fractures du poignet.

Les luxations de la hanche.

Les contusions de l'abdomen.

Les plaies de l'abdomen.

Les péritonites aiguës.

L'appendicite.

## TITRES MILITAIRES

### *Affectations.*

Attaché à la zone des Armées depuis le 2 Août 1914, jusqu'au 10 Janvier 1919, sans interruption.

Affecté aux H. O. E. 3 et 11 jusqu'au 15 Avril 1915.

Affecté sans discontinuité à l'Ambulance divisionnaire 4/3 (5e Division d'infanterie), depuis le 15 Avril 1915 jusqu'au 10 Janvier 1919.

A partir du 1er Août 1918, cette ambulance est devenue Ambulance d'armée.

### *Récompenses et fonctions.*

1° Croix de guerre. Citation à l'ordre du jour de la Division.

2° Professeur titulaire au Cours de perfectionnement des étudiants en médecine de la IIIe Armée (1917-1918.)

## DEUXIÈME PARTIE

# TRAVAUX ET PUBLICATIONS

LISTE CHRONOLOGIQUE

### 1907

1° **Deux cents cas d'oculo-réaction à la tuberculine chez les enfants.**

Par M. Dufour, avec le concours de MM. Boudon, Bruslé, Duranton, Lorin (*Bulletins de la Société Médicale des Hôpitaux*, 22 Novembre 1907).

### 1911

2° **L'éclatement sous-cutané traumatique de la paroi abdominale**

En collaboration avec M. Legueu (*Archives générales de chirurgie*, Décembre 1911, page 1321).

### 1913-1914

3° **L'uretère après la néphrectomie.**

(*Archives urologiques de la Clinique de Necker*). Tome I. Fascicule 2. 30 Juin 1913.

(*Thèse de Paris*, 1914). Ouvrage couronné par la Faculté. (Prix des thèses, médaille d'argent, 1915).

## 1916

4° **A propos de quelques plaies de l'abdomen.**

5° **Note sur la suture primitive des plaies de guerre.**

Communications à la *Réunion Médicale de la 6e Armée*, Mars 1916.

6° **Plaies de l'abdomen.**

Rapport de M. le Professeur Quénu (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1916). T. XLII, n° 32.

7° **Résultats éloignés de deux plaies pénétrantes du genou, traitées, l'une par la restauration secondaire de l'articulation, et l'autre par le cerclage primitif de la rotule.**

Rapport de M. le Professeur Legueu. (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1916). T. LXII, n° 33.

8° **Plaies du rein.**

Rapport de M. le Professeur Legueu (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1916), T. XLII, n° 34.

**1917**

9° **Le prix du temps en chirurgie de guerre et la désinfection hâtive des plaies par la méthode du Professeur Vincent.**

(*Presse Médicale*, n° 29 du 3 Mai 1917).

**1918**

10° **Note sur un cas d'oblitération chirurgicale d'une fistule recto-vésicale chez un blessé de guerre.**

Rapport du Professeur Legueu (*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1918). T. XLIV, n° 17.

11° **Le choix d'une méthode antiseptique en chirurgie de guerre et les indications du pansement du Professeur Vincent.**

(*Paris Médical*, n° 37 du 14 Septembre 1918).

**1919**

12° **La tuberculose de l'uretère.**

(*Gazette des Hôpitaux*, n° 7 du 8 Février 1919).

## OBSERVATIONS PUBLIÉES DANS DES THÈSES FAITES SOUS MA DIRECTION

13° **La suture primitive dans les plaies du cerveau.**

Le Bouvier (*Thèse de Paris*, 1919).

14° **Les plaies du diaphragme en chirurgie de guerre.**

Rollin (*Thèse de Paris*, 1919).




Fig. 1. — Coupe transversale d'un uretère normal de chien.

Epithélium urétéral (*e p.*); chorion et sous-muqueuse (*c.*); fibres musculaires urétérales (*f. m.*); couche conjonctive adventice (*c. c. c.*).




Fig. 2. — Coupe transversale d'un uretère de chien, un an après néphrectomie.

Epithélium urétéral (*e. p.*); chorion et sous-muqueuse (*c*); fibres musculaires urétérales (*f. m.*); couche conjonctive adventice (*c. c. c.*).

## TROISIÈME PARTIE

# RÉSUMÉ ANALYTIQUE DES TRAVAUX

## I

## CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES

### L'uretère après la néphrectomie.

*Archives urologiques de la Clinique de Necker*, T. I, fascicule 2. 30 Juin 1913.

*Thèse de Doctorat*. Paris 1914. (Ouvrage couronné par la Faculté, Médaille d'argent, 1915).

---

C'est, pour une large part, un travail de chirurgie expérimentale Les données fournies par l'expérimentation sur les animaux, je les ai contrôlées chez l'homme par des examens cystoscopiques et des cathétérismes d'uretères du côté néphrectomisé, enfin par la biopsie.

J'ai ainsi abouti à des données nouvelles au point de vue physiologique et anatomo-pathologique.

De ces notions j'ai tiré des déductions de thérapeutique chirurgicale, en particulier, quant au traitement qu'il convient d'appliquer à l'uretère pendant la néphrectomie.

L'attrait que j'ai aussi trouvé dans ce travail fut d'étudier l'influence qu'exerce sur un organe la suppression de sa fonction. C'est un point de vue qui a été jusqu'alors bien peu approfondi.

*
* *

## Anatomie pathologique.

Pour connaître l'évolution anatomique de l'uretère après la néphrectomie, j'ai utilisé les méthodes suivantes :

1° *Des recherches expérimentales sur les animaux : chiens et lapins.* — Je leur ai ôté un rein. Un an après, j'ai sacrifié l'animal et examiné l'uretère. Chez plusieurs animaux, j'ai tenté de réaliser l'infection du rein et de l'uretère, en injectant des cultures microbiennes atténuées dans le parenchyme rénal et le bassinet. Mais tous ces animaux infectés moururent très rapidement de septicémie. Je n'ai donc pas pu les néphrectomiser. Malgré les précautions prises en collaboration avec le Docteur Verliac, j'ai dû renoncer à ces recherches expérimentales sur l'évolution après néphrectomie des uretères infectés.

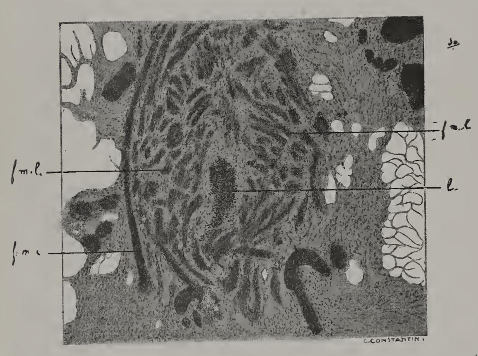



Fig. 3. — Coupe transversale d'un uretère tuberculeux, deux ans et demi après néphrectomie.

Les couches musculaires, circulaires (*f. m. c.*) et longitudinales (*f. m. l.*), sont dissociées par du tissu fibreux. Le même tissu remplace la sous-muqueuse et la muqueuse où se voit un petit nodule embryonnaire (*l*).

2° *L'examen cystoscopique et le cathétérisme de l'uretère chéz des malades néphrectomisés* m'ont renseigné sur l'état anatomique de l'uretère, sa perméabilité, ses rétrécissements ou son oblitération complète. J'ai réussi à faire les explorations nécessaires chez onze malades. Convoquer des malades guéris, leur faire une cystoscopie, ce furent de grandes difficultés dans la poursuite du travail que j'avais entrepris.

3° *Le prélèvement de l'uretère au cours d'une intervention abdominale chez une malade antérieurement néphrectomisée* m'a fourni, grâce à M. le Professeur Legueu, une pièce précieuse.

Voici mes conclusions :

1° *L'uretère s'atrophie lentement.* La sclérose étouffe les fibres musculaires. L'épithélium n'est plus plissé ; il est étalé.

2° *La lumière de l'uretère s'oblitère progressivement.*

3° *Cette oblitération est complète vers la 3e année.* Pendant les 2 premières années qui suivent la néphrectomie, la perméabilité de l'uretère est la règle ; l'oblitération l'exception. Au delà de la 3e année, l'oblitération est la règle, la perméabilité l'exception.

Tous les uretères oblitérés que j'ai observés sur des malades étaient tuberculeux. La règle, c'est donc que la tuberculose urétérale, après extirpation du foyer rénal, guérit par cicatrice fibreuse et oblitération en 3 années. Je pense aussi, — mais sans pouvoir fournir

de preuves cliniques et expérimentales aussi précises — que les uretères atteints d'une autre infection que la tuberculose s'oblitèrent de même manière.

*
* *

## Physiologie pathologique.

### I. — *Les contractions de l'uretère.*

Pour voir si après la néphrectomie les contractions urétérales se produisent encore spontanément, j'ai tué d'un choc brusque sur la nuque des lapins et des chiens auxquels j'avais extirpé un rein deux ou trois mois plus tôt. J'ai eu la surprise de voir que les contractions spontanées de l'uretère persistaient. J'ai recherché ensuite si elles existaient sur l'appareil urinaire séparé du reste de l'organisme. Je l'ai placé en entier dans du sérum physiologique à 39° ou 40°. Jamais alors je n'ai vu réapparaître les contractions.

En possession de cette donnée expérimentale, j'ai ensuite pratiqué l'examen cystoscopique sur dix malades pendant 5, 10 ou 15 minutes. J'ai observé, au niveau de l'orifice urétéral, des contractions de l'uretère.

Voici les conclusions de ces observations expérimentales et cliniques absolument concordantes.

1° *Les contractions spontanées de l'uretère persistent après la néphrectomie*. La fonction a disparu. Les réactions physiologiques persistent.

2° *Les contractions de l'uretère persistent 2 ou 3 ans*

*après la néphrectomie.* Pendant les deux premières années, l'existence des contractions urétérales est la règle, l'absence, l'exception : 5 — contre 1. Au delà de la 3e année, l'absence de contractions est la règle, leur existence, l'exception : 3 — contre 1.

3° *Les contractions de l'uretère persistent aussi longtemps que l'uretère n'est pas oblitéré.* C'est dans le courant de la 3e année que surviennent à la fois oblitération et paralysie de l'uretère.

4° *Les contractions sont plus rares, plus arythmiques que sur l'uretère qui a encore son rein.* Elles se groupent par périodes.

5° *Fait en apparence paradoxal, elles sont plus intenses que normalement.*

Je n'ai pas pu élucider le mécanisme physiologique de la persistance de ces contractions spontanées.

## II. — *Le reflux d'urine de la vessie dans l'uretère.*

Le reflux d'urine de la vessie dans l'uretère du côté néphrectomisé n'existe pas chez l'homme. Pour qu'il se produise, il faudrait une dilatation exceptionnelle de l'uretère.

Il n'existe pas chez le chien. Il existe chez le lapin.

Ce sont les contractions urétérales qui s'opposent pour une large part au reflux d'urine. L'uretère ne devient pas un diverticule de la vessie.

En résumé, les réactions physiologiques de l'uretère ne sont guère modifiées par la néphrectomie, bien que sa fonction ait disparu.

*
* *

## Etude clinique.

Normalement, après une néphrectomie, l'uretère reste silencieux. L'urétérite s'éteint progressivement.

Les accidents sont rares. On peut cependant observer des hématuries d'origine urétérale, des fistules avec reflux d'urine dont j'ai recueilli dans la science 9 observations, des urétérites purulentes, dont j'ai observé un cas après une néphrectonie pour contusion.

Certaines complications sont propres à la tuberculose. Les fistules lombaires simples assez fréquentes sont encore souvent attribuées à la présence du moignon urétéral. La tuberculose de la graisse périrénale, le drainage (Legueu) en sont parfois la cause.

Les abcès froids de l'uretère sont absolument exceptionnels.

*
* *

## Déductions thérapeutiques. Comment traiter l'uretère pendant la néphrectomie.

Les constatations anatomo-pathologiques, physiologiques et cliniques que j'ai faites amènent à cette notion qu'il faut compter — sauf dans des cas exceptionnels — sur la guérison spontanée de l'uretère après

la néphrectomie. Il faut habituellement proscrire l'uretérectomie totale.

Il ne faut pas fixer le moignon urétéral à la plaie lombaire. Il ne faut pas le traiter par le curettage, la chaleur, l'électricité, les antiseptiques. Il est inutile de suturer l'orifice supérieur de l'uretère, de sectionner l'uretère en dehors de la plaie. Tous ces procédés encore très employés, surtout à l'étranger, sont désuets et inutiles. Il suffit de sectionner l'uretère, de lier le moignon. Ce n'est que d'une manière tout à fait exceptionnelle que l'uretérectomie secondaire sera indiquée.

---

## La Tuberculose de l'Uretère.

(*Gazette des Hôpitaux*, n° 7 du 8 Février 1919).

L'étude de « l'uretère après la néphrectomie » m'amenait naturellement à envisager isolément la question de la tuberculose de l'uretère. Son étude peut permettre d'élucider le problème de la marche des lésions tuberculeuses du rein à la vessie. J'ai, un des premiers, publié une revue critique sur la tuberculose urétérale. C'est une mise au point aussi complète que possible.

## Plaies du Rein.

Rapport de M. le Professeur Legueu.
(*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1916, Tome XLII n° 34).

J'ai, avec deux dessins à l'appui, envoyé à la Société de chirurgie trois observations de plaies du rein. Mon rapporteur, M. le Professeur Legueu, a écrit à leur sujet : « Ces observations viennent poser le problème de ces plaies en chirurgie de guerre. C'est, je crois, la première fois que cette question est abordée à cette tribune, depuis la guerre, sous cette forme. Car s'il a été question jusqu'ici des plaies du rein, c'était surtout à propos des plaies de l'abdomen, dont elles constituent souvent une complication.

« Mais il est aussi des cas dans lesquels la plaie du rein, même si elle est accompagnée d'une pénétration abdominale, joue le rôle principal dans la pathologie qui commence à la blessure, et il y a des problèmes thérapeutiques et opératoires qui sont posés par les plaies du rein seul ».

A propos de ces trois observations, dont deux relataient les indications opératoires et les résultats de 2 néphrectomies — une mort et une guérison — faites pour des broiements de la moitié inférieure du rein au cours de plaies thoraco-abdominales, j'ai étudié surtout deux grands symptômes, l'hématurie et l'écoulement d'urine par la plaie lombaire. J'ai envisagé, en particu-

lier, les lésions qui conditionnent ces symptômes, et de ces symptômes j'ai cru pouvoir tirer des indications opératoires.

De l'hématurie on ne peut guère attendre — sauf exceptions — que l'indication de ne pas opérer, puisque son intensité est presque inversement proportionnelle à la gravité de la blessure.

Il n'en est pas de même de l'écoulement d'urine précoce. Dans deux des cas que je relatais, cet écoulement avait été précoce et abondant. Pièces à l'appui, je montrais que ce symptôme traduisait une plaie très profonde des calices ou du bassinet. J'ai conclu que cet écoulement précoce et abondant est un indice certain de la gravité de la blessure et doit conduire à l'exploration chirurgicale. Si la néphrectomie est souvent indiquée dans ce cas, il serait excessif, fit remarquer mon rapporteur, de faire de ce symptôme une indication de néphrectomie.

## Note sur un cas d'oblitération chirurgicale d'une fistule recto-vésicale chez un blessé de guerre.

Rapport de M. le Professeur Legueu.
(*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, 1918, tome XLIV, nº 17).

Je rapportai dans cette communication l'observation d'un blessé porteur d'une fistule vésico-rectale causée par une balle.

Au 8e jour, je lui ai fait par voie endo-vésicale la fermeture de la fistule. Le résultat fut excellent. La communication vésico-rectale ne se reproduisit plus.

Ma conclusion était qu'une suture faite dans les premiers jours, quand la vessie n'était encore ni rétractée, ni infectée, eut été beaucoup plus facile.

Je demandais s'il n'y aurait pas intérêt à généraliser cette méthode de fermeture précoce des plaies vésico-rectales, dans l'espoir d'améliorer les résultats si déplorables qu'avait donné l'abstention dans les hôpitaux de l'avant.

II

## CHIRURGIE DE L'ABDOMEN

### L'éclatement sous-cutané traumatique de la paroi abdominale.

En collaboration avec M. Legueu.
(*Archives générales de chirurgie*, Décembre 1911, page 1321).

Nous rapportons 2 observations personnelles de large rupture sous-cutanée de la paroi abdominale. Nous avons fait à ce propos la première étude d'ensemble qui ait été publiée sur cette conséquence rare des contusions de l'abdomen. Nous avons relevé dans la littérature 11 observations, surtout d'origine étrangère, et en donnons le résumé.

La cause de ces éclatements est toujours une contusion limitée à un point de l'abdomen. Le corps traumatisant atteint brusquement la paroi, se coiffe de la peau souple et dépressible et fait éclater le muscle.

Voici l'analyse que le Professeur Lejars a fait de notre Mémoire dans son *Traité de chirurgie d'urgence :*

« Un éclatement sous-cutané de la paroi serait encore « une indication pressante d'opérer, même si les acci- « dents abdominaux proprement dits étaient de signi- « fication douteuse. Ces éclatements sont rares. Ils se « traduisent par une vaste ecchymose, une voussure du « volume du poing, de la tête, qui s'accroît et bombe « quand le blessé fait un effort, tousse, cherche à s'as- « seoir. Les anses intestinales se dessinent à fleur de « peau au niveau de cette voussure ; en la réduisant, on « plonge librement dans le ventre et on sent le bord « irrégulier de la brèche pariétale.

« La rupture pariétale peut s'accompagner naturelle- « ment de rupture viscérale Même s'il n'en est rien, « l'hémorragie pariétale qui fuse dans l'abdomen et qui « peut être considérable (rupture de l'épigastrique) pro- « voque des réactions péritonéales plus ou moins accu- « sées. Ajoutons que ces larges ruptures seront tou- « jours suivies de hernies pariétales adhérentes, de cure « ultérieure fort complexe.

« Mieux vaut donc agir d'emblée. On incisera en « long sur la voussure. Par l'orifice agrandi s'il le faut, « on examinera l'abdomen. Si on n'y trouve rien « d'anormal, on refermera soigneusement plan par plan « les parois rompues ».

Ajoutons à ces paroles du Professeur Lejars, que la réfection de la paroi présente de grosses difficultés quand la rupture est étendue. Des fils métalliques sont nécessaires. A la suite de cette réfection, nous avons observé dans un cas le sphacèle des parties rapprochées.

## La voie d'abord dans la chirurgie des plaies du diaphragme.

ROLLIN, Les plaies du diaphragme. — *Thèse de Paris*, 1919.

Dans cette thèse, que j'ai documentée et dirigée, sont publiées, in extenso, 3 observations personnelles inédites de plaies du diaphragme.

1re OBSERVATION : *Thoracotomie pour plaie du diaphragme. Fracture de cuisse. Mort.*

Plaie du thorax. Aucun signe de lésion pulmonaire et intestinale. Pas d'hémothorax. Pas de contracture abdominale.

J'opère le blessé : je trouve 5 côtes fracassées, je fais une large thoracotomie. Le poumon est intact; je découvre une très longue plaie de la partie gauche du diaphragme, je la suture. A cause du shock, je n'explore pas l'abdomen, que je crois intact.

Nettoyage rapide de la fracture de cuisse.

Mort le lendemain. A l'autopsie, on découvre une plaie de la face superficielle de la rate.

2e OBSERVATION : *Laparotomie transpleuro-diaphragmatique. Extraction d'un éclat d'obus situé au-dessous du diaphragme. Guérison.*

Sous écran, je fais une laparotomie transpleurale. J'élargis la plaie du diaphragme et vais, grâce aux rayons X, ôter l'éclat qui était gros comme une noi-

sette. Les organes abdominaux me paraissent intacts. Suture du diaphragme et de la paroi thoracique sans drainage.

Guérison parfaite sans complication vérifiée 6 mois plus tard.

(Communication de M. le Professeur Quénu à la Société de Chirurgie 1917, n° 27).

3e Observation : *Thoracotomie faite le 14e jour et ablation d'un éclat d'obus inclus sous le poumon dans la face supérieure du diaphragme. Guérison.*

Ablation du corps étranger, je fais un nettoyage de la plèvre avec de l'éther et une suture sans drainage.

Réaction pulmonaire. Rien du côté de la plèvre. Au bout de 5 semaines, guérison.

## *Conclusions.*

1° La voie thoracique transpleurale m'a rendu de grands services pour traiter les lésions diaphragmatiques ou juxta-diaphragmatiques. Elle permet, s'il y a lieu, l'exploration de la région sous-phrénique.

2° Il est utile d'opérer sous écran pour ôter les corps étrangers situés dans ces régions d'un abord difficile.

3° Toute plaie du diaphragme doit être suturée pour éviter la formation d'une hernie.

## Plaies de l'abdomen.

Rapport de M. le Professeur Quénu.
(*Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie* 1916, tome XLII, n° 32).

Fidèle à l'enseignement de mon maître, M. le Professeur Quénu, je me suis appliqué, dès le début de la guerre, à opérer les plaies de l'abdomen.

Il voulut bien présenter à la *Société de Chirurgie* mes tout premiers résultats.

Je rapportais dans ce Mémoire le résultat du fonctionnement de mon ambulance pendant 3 mois : 21 observations; 10 abstentions, 11 interventions dont 8 plaies pénétrantes.

**Résultats des laparotomies :**

| | | MORT | GUÉRISON |
|---|---|---|---|
| 1 plaie pénétrante simple | | 1 | 0 |
| 4 plaies univiscérales | 1 grêle | 1 | 0 |
| | 3 gros intestins | 2 | 1 |
| 3 plaies multiviscérales | 2 foie-estomac | 1 | 1 |
| | 1 grêle-vessie | 0 | 1 |

## III

## RECHERCHES SUR L'ANTISEPSIE

**Le prix du temps en chirurgie de guerre et la désinfection hâtive des plaies par la méthode du Professeur Vincent.**

(*Presse Médicale*, n° 25 du 3 Mai 1917).

---

**Le choix d'une méthode antiseptique en chirurgie de guerre et les indications du pansement du Professeur Vincent.**

(*Paris Médical*, n° 37 du 17 Septembre 1918).

Pendant la guerre, je me suis intéressé à la question de l'antisepsie. J'étais cependant persuadé, par l'enseignement de mes maîtres et mon observation personnelle, que la chirurgie la plus parfaite est celle qui sait se passer des antiseptiques.

Après avoir lu les publications de M. Vincent, j'ai cherché toutefois à préciser quelques indications de l'antisepsie, quand les circonstances imposent une insuffisance ou un retard de l'acte chirurgical.

Voici condensé le texte des 2 Mémoires faits à ce sujet et le résumé des idées générales qu'ils contiennent :

Formés pour la chirurgie aseptique du temps de paix, nous répugnons tous plus ou moins, au milieu des circonstances nouvelles de la chirurgie de guerre, à l'emploi intensif des antiseptiques. Nous savons que c'est le nettoyage de la plaie, c'est-à-dire l'extraction des corps étrangers et l'ablation large de tous les tissus contus, qui permet à la chirurgie précoce, faite pendant la courte période où l'infection est encore maniable, de réaliser la désinfection parfaite.

Mais souvent l'intervention chirurgicale doit être retardée, et le blessé reste soumis aux menaces de l'infection.

Faut-il dans ce cas renoncer à lutter contre elle, et sous prétexte que la désinfection parfaite n'est pas possible, ne pas essayer d'obtenir par d'autres moyens un résultat moins complet, mais utile cependant?

Si l'efficacité des antiseptiques sur les plaies désinfectées par un nettoyage complet au bistouri semble discutable, dans ce cas au contraire il est d'une importance décisive de pouvoir stériliser la plaie par des substances chimiques.

Reconnaître ce fait, ce n'est pas revenir à la conception qui voulut jadis limiter la part de la désinfection mécanique au profit de la stérilisation chimique.

### *De quelques indications de l'antisepsie.*

J'ai surtout étudié l'indication de l'antisepsie, *quand il y a un retard à l'intervention chirurgicale.*

1° *Les grands afflux de blessés* amènent souvent un retard de l'intervention. Les chirurgiens, eux aussi, subissent maintes fois les imprévus de la guerre et doivent de ce fait modifier leur technique, abandonner momentanément leurs préférences, remplacer l'asepsie par l'antisepsie.

*L'antisepsie, facilitée par un rapide débridement, diminue le danger de l'attente.*

2° *Les retards d'intervention tiennent le plus souvent à l'état général du blessé, à l'état de shock.*

La règle actuelle est d'opérer de suite tout blessé opérable, d'étendre les limites de l'opérabilité aussi loin que possible. Mais, dans de nombreux cas, il faut retarder l'intervention. Dans ces derniers temps, on a réhabilité les interventions hâtives dans certaines formes du shock, dues à la toxémie traumatique. Quand cette cause du shock a pu être diagnostiquée, il est avantageux de débarrasser l'organisme de ce foyer toxique. Encore faut-il que l'intervention soit simple et courte. L'amputation sera presque toujours la seule à permettre le minimum d'anesthésie. Mais l'étendue des lésions n'exige pas toujours l'amputation, et l'opinion que la blessure entretient le shock ne suffit pas toujours à la légitimer. Les shockés qui ne sont pas justiciables de l'amputation et ceux qui sont trop faibles pour la supporter, garderont donc pendant un temps plus ou moins long plusieurs foyers septiques.

Cette notion qu'un chirurgien ne désinfecte une plaie qu'avec son bistouri est très utile au cours de

l'intervention. Il est néfaste de l'appliquer à la lettre quand celle-ci doit être retardée. A défaut de l'opération qui aggrave le shock, il faut utiliser du moins la chimiothérapie.

3° *Quand le shock s'aggrave au cours de l'intervention opératoire*, le chirurgien se trouvera forcé de ne traiter d'une manière complète que les plaies les plus dangereuses et de négliger momentanément les autres. Il y a chez les polyblessés des indications opératoires qui se contredisent, et le chirurgien est obligé de faire entre elles une cote mal taillée.

J'apporte dans mes deux Mémoires des observations montrant les résultats favorables que donne l'antisepsie, surtout si son application est facilitée par un rapide débridement, quand l'intervention chirurgicale doit être retardée.

Elle permet, en cas de force majeure, de temporiser un peu et d'attendre avec une sécurité plus grande l'heure de l'intervention, tout en poursuivant la désinfection chimique de la plaie.

*Les méthodes antiseptiques.*

Je fais un parallèle entre 2 méthodes excellentes : le pansement de Carrel, le pansement de Vincent.

Je montre que le pansement sec hypochlorité de Vincent présente des indications précises.

Par sa simplicité d'application, il rend de grands services quand il y a afflux de blessés. Il est préférable à

l'irrigation quand les plaies sont en surface ou situées dans les régions déclives, quand le blessé porte un appareil plâtré. Il permet aux blessés de se lever facilement, ce qui n'est pas compatible avec l'irrigation continue. Il facilite la rareté des pansements, ce qui est précieux. Il est particulièrement efficace contre le pyocyanique ou les agents de la gangrène gazeuse.

J'ai enfin cherché à pénétrer le mode d'action du pansement hypochlorité, de Vincent. Son action est continue, dure plusieurs heures.

A la dose qui tue les anaérobies, ces hypochlorites sont compatibles avec la vitalité des tissus sains. Ils sont antitoxiques, désodorisent les plaies. J'ai surtout constaté qu'ils sont de puissants modificateurs des tissus. Par son action osmotique énergique, le pansement de Vincent extrait le liquide des tissus ; il entraîne dans la cavité de la plaie une effusion de lymphe. Il fait le même drainage capillaire que les solutions hypertoniques de Wright.

Il entrave la résorption, dissout les tissus sphacélés. L'expérience clinique le montre journellement.

## IV

## LA SUTURE PRIMITIVE OU SECONDAIRE DANS LES PLAIES DE GUERRE

**Résultats éloignés de deux plaies pénétrantes du genou, traitées l'une par la restauration secondaire de l'articulation, et l'autre par le cerclage primitif de la rotule.**

En collaboration avec Morisson-Lacombe.
Rapport de M. le Professeur Legueu.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1916. T. LXII, n° 33).

Nous apportons deux observations complètes qui précisent les *résultats éloignés*, de l'intervention. La première nous apporte un argument en faveur de ce point de vue qu'il est possible, sans compromettre l'avenir de l'articulation, de sectionner le ligament rotulien. La suture même tardive de ce ligament et du lambeau peut rendre au genou sa mobilité normale.

La deuxième plaide en faveur du cerclage des frac-

tures ouvertes de la rotule et de la fermeture primitive de l'article.

---

### La suture primitive des plaies de guerre.

Communication à la Réunion Médicale de la 6ᵉ Armée, Mars 1916.

Le seul intérêt de cette communication orale fut de défendre très précocement la suture primitive des plaies de guerre.

---

### La suture primitive dans les plaies du cerveau.

LEBOUVIER, *Thèse de Paris*, 1919.

Dans cette thèse documentée et dirigée par moi, j'apporte quelques observations de sutures primitives suivies de succès : 5 guérisons, 2 morts, et surtout des résultats éloignés favorables (29 mois, 6 mois, 16 mois, 8 mois).

Cette thèse constitue un plaidoyer en faveur de la suture primitive des plaies crânio-cérébrales.

COULOMMIERS. — Imp. DESSAINT & Cie, 41, rue de Melun.